Aus der dermatologischen Klinik der Universität Bern
Direktor: Prof. Dr. *H. Kuske*

Katamnestische Erhebungen bei generalisierten exfoliierenden Erythrodermien

Fälle der Berner dermatologischen Universitätsklinik aus den Jahren 1935—1954

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung
der Würde eines Doctor medicinae
der Universität Bern

vorgelegt von

Francis Garnier
aus Saignelégier (Bern)

Bern 1956

Buchdruckerei Calendaria AG Immensee

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Bern
Direktor: Prof. Dr. *H. Kuske*

Katamnestische Erhebungen bei generalisierten exfoliierenden Erythrodermien

Fälle der Berner dermatologischen Universitätsklinik aus den Jahren 1935—1954

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung
der Würde eines Doctor medicinae
der Universität Bern

vorgelegt von

Francis Garnier

aus Saignelégier (Bern)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Bern 1956

Buchdruckerei Calendaria AG Immensee

Von der Medizinischen Fakultät auf Antrag des Herrn Prof. Dr. *H. Kuske* zum Druck als Dissertation genehmigt.

Bern, den 30. Mai 1956

Der Dekan der Medizinischen Fakultät:
Prof. Dr. *W. Wilbrandt*

Einleitung

Die noch heute gebräuchliche Bezeichnung «Erythrodermies exfoliantes» wurde von *Besnier* und *Doyon* mit folgender Begründung eingeführt:

«C'est pour rendre plus aisée l'analyse clinique des faits de cet ordre que nous avons, depuis longtemps, proposé de réunir toutes ces affections du tégument, rouges squameuses, sous le nom d'érythrodermies exfoliantes, non pour en faire un groupe nosologique, mais simplement à titre provisoire et pour faciliter l'étude.»

Sie hofften dadurch aus dem Chaos der verwirrenden Nomenklatur der generalisierten, erythematösen und schuppenden Dermatosen herauszukommen, in welches die französische, englische und deutsche Schule um die Jahrhundertwende geraten waren. Die Meinungsverschiedenheiten galten sowohl der deskriptiven Morphologie als auch der Klassifizierung der zahlreichen Beobachtungen. Daraus ergab sich eine unübersehbare Fülle von Bezeichnungen, deren Aufzählung heute nur noch historischen Wert besitzt. Die folgenden Ausführungen vermögen nur einen Ausschnitt aus der 100jährigen Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes zu vermitteln, ohne die zahlreichen aetiologischen Forschungen der letzten 50 Jahre berücksichtigen zu können.

Willan und *Bateman* haben 1819 unter dem Namen «Pityriasis rubra» mehrere chronische Fälle mit mehr oder weniger ausgedehnter Schuppung und Rötung des Integumentes beschrieben. Als «Pityriasis généralisé» bezeichnet 1835 *Rayer* eine der seltensten und hartnäckigsten Hautkrankheiten, die mit oberflächlichen erythematösen Flecken beginnt, später zur Schuppung und eventuell tieferen Schwellung führt, oft sehr lange dauert und auch letal enden kann. Die von *Devergie* 1857 als «Pityriasis rubra aigu» beschriebene Krankheit verläuft ziemlich akut in 1—1½ Monate mit Nässen und eventuell auch mit Blasenbildung; Umwandlung in Pemphigus möglich. *Gibert* trennt 1860 mit vollem Recht die «Pityriasis rosea» von der Pityriasis rubra ab. Ferdinand *Hebra* belegt 1862 mit dem Namen «Pityriasis rubra« eine Krankheit «welche während ihres ganzen Verlaufes von keiner anderen Erscheinung begleitet wird, als von einer andauernd intensiv dunkelroten Färbung, ohne bedeutende Infiltration, ohne Knötchenbildung, ohne Entwicklung von Schrunden, ohne Nässen oder Bläschenbildung, welche mit geringem Juckreiz verbunden ist und selten auf einzelne Hautstrecken lokalisiert erscheint, sondern meist die ganze allgemeine Decke zu ihrem Sitz erwählt». Die Prognose wird als infaust bezeichnet. Seine Pityriasis rubra hat er ausdrücklich als «rothe Kleienflechte»

übersetzt und damit wohl den Irrtum hervorgerufen, daß bei dieser Krankheit nur kleiige Schuppung auftreten dürfe. Aber schon in Hebras Krankengeschichten ist von einer ungeheuren Menge schildförmiger Schuppen die Rede.

Aus der Beobachtung heraus, daß bei zahlreichen Fällen neben der kleienförmigen Schuppung auch große Lamellen gebildet werden, führt *Wilson* 1870 den Namen «Dermatitis exfoliativa» im englischen Sprachgebiet ein.

Später meint *Woodbury* ironisch zur Unterscheidung von Derm. exfol. und Pit. rubra: Heilt die Krankheit, so nennt man sie Dermatitis exfoliativa, heilt sie nicht, so ist es eine Pityriasis rubra Hebra.

In Anlehnung an die Dermatitis exfoliativa Wilson unternimmt in Frankreich *Vidal* 1874 als erster den Versuch, die «Dermatite exfoliatrice généralisée» als eine Erkrankung des Gesamtorganismus zu beschreiben. 1883 veröffentlicht *Brocq* seine «Etude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée» und versucht sie als eigenes klinisches Bild scharf herauszuarbeiten und namentlich gegen die Pityriasis rubra Hebra abzugrenzen. So liegen die Dinge, als *Besnier* und *Doyon* bereits 1891 beschließen, den übergeordneten Begriff der «Erythrodermies exfoliantes généralisées» einzuführen und diese gleichzeitig in primäre und sekundäre Gruppen aufzuteilen.

In Deutschland hat *Jadassohn* 1891 das Studium der Pityriasis rubra Hebra wieder aufgenommen und glaubt, die Frage, ob die Dermatitis exfoliativa Wilson-Brocq zur Pityriasis rubra gehört oder nicht, als definitiv im negativen Sinne entscheiden zu können.

Die von französischer Seite empfohlene Einteilung in primäre und sekundäre exfoliierende Erythrodermien, vermochte jedoch das sehr komplexe Problem der Aetiologie und Klassifizierung des Krankheitsbildes nicht genügend zu lösen, da es sich sehr bald herausstellte, daß diese Untergruppen nicht von allen Autoren im gleichen Sinne umschrieben wurden. Auch wurde bereits von *Brocq* hervorgehoben, daß es praktisch unmöglich sein könne, nachträglich bei einer bereits entwickelten Erythrodermie zu entscheiden, ob es sich um eine primäre oder um eine sekundäre Form handle. Indem er die Frage der Pathogenese weitgehend offen läßt, gelangt *Darier* zur neuzeitlichen Auffassung einer «réaction cutanée» und unterscheidet 1928 in seinem Lehrbuch einen akuten, einen subakuten und einen chronischen Typus.

I. Erythrodermies aigues
II. Erythrodermies subaigues (Wilson-Brocq)

III. Erythrodermies chroniques
   a) forme chronique Wilson-Brocq
   b) Pityriasis rubra Hebra-Jadassohn
   c) Leucémides érythrodermiques
   d) Erythrodermie prémycosique
   e) Erythrodermies lymphadéniques
IV. Dermatoses érythrodermiques
V. Erythrodermies congénitales et des nouveau-nés

Die früheren Einteilungen nach mehr aetiologischen Gesichtspunkten werden seither in der französischen Schule kaum mehr berücksichtigt.

1925 berichten *Brill* und Mitarbeiter über eine Erkrankung der Lymphknoten, die von *Symmers* 1927 und 1938 genauer bearbeitet worden ist. Nach den hauptsächlichen klinischen Symptomen wird sie als großfollikuläre Lymphadenopathie oder als «Giant follicular lymphadenopathy with or without splenomegaly» bezeichnet. Er beschreibt deren Vorkommen mit dem Lymphogranuloma Hodgkin und der lymphatischen Leukämie.

Im gleichen Zusammenhange beschreiben *Pautrier* und *Woringer* 1932 und 1937 gewisse histologische Veränderungen der Lymphknoten bei generalisierten, juckenden Dermatosen, die sie unter dem Namen «réticulose lipo-mélanique» zusammenfassen. Von *Rost*, *Keller* und *Staemmler* stammt in neuerer Zeit die Anregung, daß manche bisher unklare und zu den idiopathischen Formen gezählte Hauterkrankungen bzw. Erythrodermien nichts anderes als Hautmanifestationen einer Brill-Symmers'schen Krankheit sind. *Von Albertini* und *Rüttner* fassen schließlich die Brill-Symmers'sche Krankheit als eine Praesarkomatose auf. Indem die in den Lymphfollikeln gewucherten Zellen in die Umgebung ausbrechen, kann das Bild eines Reticulosarkomes entstehen.

Problemstellung

Im Laufe der letzten 20 Jahre kamen an der Berner dermatologischen Klinik 41 Fälle von generalisierten, exfoliierenden Erythrodermien zur Beobachtung, von denen der größte Teil nach mehrmonatiger, wechselvoller Behandlung wieder nach Hause entlassen werden konnte. In der Mehrzahl der entlassenen Fälle war eine klinische Heilung der Hautveränderungen eingetreten. Die Nachforschungen über die Kausalzusammen-

hänge endeten oft in vagen Vermutungen und vermochten kaum zu überzeugen. Diese sogenannten unklaren Fälle wurden dann schließlich diagnostisch und statistisch zu den idiopathischen Erythrodermien gerechnet. Damit haftet dem Beobachtungsmaterial der Klinik ein wesentlicher Unsicherheitsfaktor an. *Beck* hat in einer statistischen Auswertung von 30 eigenen und 566 aus der Literatur gesammelten Fällen von primären und sekundären Erythrodermien 166 idiopathische Formen (27 %) ermittelt. *A. Lutz* fand aus einer Zahl von 27 exfoliierenden Erythrodermien der Basler Klinik a priori 18 aetiologisch ungeklärte Fälle. Aus der Beobachtung und dem Verlauf ergaben sich doch gewisse Hinweise auf mögliche Zusammenhänge. So konnte auf deutliche Beziehungen zu Störungen im Magen-Darmkanal, zu kardial bedingten Zirkulationsstörungen und zu sexualhormonalen Einflüssen hingewiesen werden.

Gougerot und Mitarbeiter beschreiben den Fall einer ausgebildeten universellen Erythrodermie, bei welcher erst nach einem halben Jahre die Diagnose einer Praemykose histologisch gestellt werden konnte.

Auch *de Graciansky* hat eine universelle Erythrodermie mit Lymphknotenschwellung beobachtet, die erst nach drei Jahren als lymphatische Leukämie erkannt wurde und letal endete. Er betont die Notwendigkeit einer rechtzeitigen histologischen Untersuchung der Haut als wichtigstes diagnostisches Mittel.

Herr Professor Kuske hat mich beauftragt, die Fälle der Berner Klinik einer Prüfung zu unterziehen und dabei das Hauptgewicht auf die Katamnese der entlassenen Fälle zu legen. Diese Art der statistischen Bearbeitung ist bei Erythrodermien unseres Wissens noch nicht angewandt worden.

Erst die statistische Auswertung einer größeren Anzahl symptomatisch und genetisch ähnlicher Krankheitsbilder gibt dem Kliniker ein sicheres Urteil über den Wert und die Richtigkeit seiner diagnostischen Folgerungen und der angewandten Behandlungsmethoden.

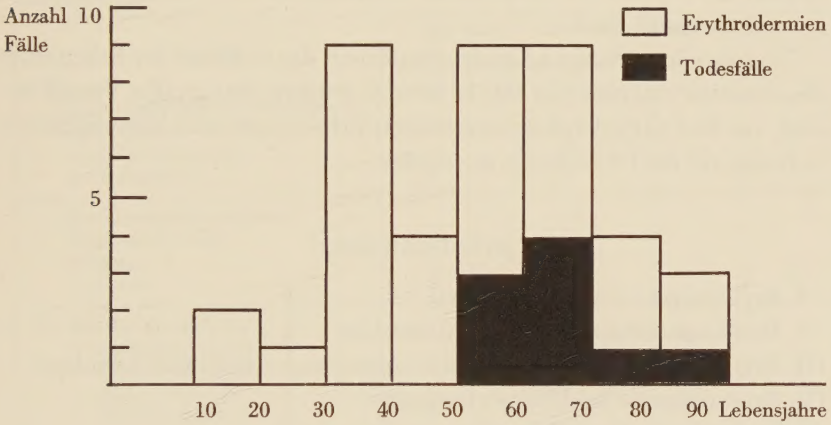
Katamnestische Untersuchungen über eine Zeitspanne von 20 Jahren können sehr zeitraubend und entmutigend verlaufen, hauptsächlich in Nachkriegszeiten. In dieser Beziehung sind wir in der Schweiz an bevorzugter Stelle, denn unsere Volksschichten wurden von den Kriegsgeschehnissen nicht erfaßt, wie dies leider in anderen Ländern zum Ausdruck gekommen ist. Die ersten Erwartungen übertreffend, ist es uns gelungen, Material über 31 von total 32 entlassenen Patienten zu sammeln, mittelst 92 schriftlicher Anfragen und Nachforschungen. Mit der Mehrzahl der Patienten haben wir direkten Kontakt aufnehmen können, während wir von den übrigen entweder vom behandelnden Arzte oder von Spitälern

sehr zuverlässige Berichte erhielten. In einem entscheidenden Falle wurde uns ein ausführliches Sektionsprotokoll eines pathologischen Institutes zur Verfügung gestellt.

Eigene Untersuchungen

A. Allgemeiner Teil

Die von 1935—1954 behandelten Fälle generalisierter Erythrodermien der Berner Klinik lassen sich nach Alter und Mortalität wie folgt schematisch darstellen:



In dieser im allgemeinen Rahmen gehaltenen Zusammenfassung werden absichtlich weder aetiologische noch diagnostische Aspekte berührt. Sie gibt zu erkennen, daß wir unter dem 50. Lebensjahr keinen Patienten mit universeller Erythrodermie verloren haben. Über dem 50. Altersjahr kamen neun Fälle ad exitum, was einem Prozentsatz von 21 % aller behandelten Fälle entspricht. Beziehen wir nun die Todesfälle ausschließlich auf den Zeitabschnitt nach dem 50. Altersjahr, so finden wir die eindrucksvolle Mortalität von 36 %. Die Erklärung zu der letzten prognostisch sehr infausten Statistik ist in der physiologischen Häufung der Todesfälle im zweiten Lebensabschnitt zu suchen, aber sie beruht zudem in der Natur der von *Darier* beschriebenen Gruppe der chronischen Erythrodermien mit ihrer allgemein schlechten Prognose. Die umfassende Analyse von *Beck* erlaubt die Altershäufigkeit, bei Beginn von Erythrodermien verschiedener Ursache, in Zahlen zu erfassen:

Demnach liegt das Maximum der Altersverteilung bei

— E. bei Morbus Hodgkin zwischen 45 und 54 Jahren
— E. bei lymphatischer Leukämie zwischen 55 und 64 Jahren
— E. bei Mykosis fungoides zwischen 45 und 54 Jahren
— Idiopathischen Erythrodermien zwischen 55 und 64 Jahren

Für das Studium der 32 «geheilten» Erythrodermiepatienten haben wir eine Arbeitseinteilung gewählt, die in erster Linie auf die Kausalität des Symptomenkomplexes ausgerichtet ist. Es ist ja das Ziel unserer Arbeit, jeden einzelnen Fall nach aetiologischen Gesichtspunkten zu untersuchen und eventuell neu einzuteilen, um ihn schließlich im Lichte der katamnestischen Erkenntnisse auf breiterer Basis beurteilen zu können. Es sollen speziell die a priori als idiopathisch bezeichneten Fälle noch einmal eingehend überprüft werden.

So hat sich ein Schema herauskristallisiert, das nicht auf der Erkenntnis der «réaction cutanée» von *Darier* beruht, sondern den großen Vorteil besitzt, vor und nach den katamnestischen Erhebungen eine klare Situation in Bezug auf die Pathogenese zu schaffen.

Arbeitseinteilung

I. Erythrodermisierte Dermatosen	bekannte Aetiologie
II. Medikamentös-toxische Erythrodermien	
III. Erythrodermie bei Lymphogranulomatosen	
IV. Erythrodermie bei Mykosis fungoides	
V. Leukämische Erythrodermien	
VI. Idiopathische Erythrodermien	unbekannte Aetiologie

Die Abgrenzung der verschiedenen Gruppen gegeneinander wurde nach folgenden grundsätzlichen Überlegungen vorgenommen:

Zu den erythrodermisierten Dermatosen wurden nur die Fälle gezählt, in denen die Erythrodermie an eine vorbestandene, morphologisch-diagnostisch gesicherte Dermatose anknüpfte.

Zu den medikamentös-toxischen Erythrodermien haben wir die Erythrodermien «d'emblée» gerechnet, die auf exogene oder endogene Noxen zurückgeführt werden. Die Noxe muß direkt an der Genese der Erythrodermie beteiligt sein.

Die idiopathischen Erythrodermien umfassen alle unklaren Fälle, weil entweder die Anamnese nicht genügt oder weil unsere Untersuchungen zu einem negativen Resultat führten.

Die schematische Darstellung von klinischen Einzelfällen unterschiedlicher Pathogenese ist notwendigerweise von gewissen Mängeln begleitet. So können z. B. Grenzfälle und Übergangsformen nicht in ein starres System untergebracht werden. Trotzdem glauben wir annehmen zu können, daß unser Arbeitsschema seine gestellte Aufgabe zu erfüllen vermag, indem die neueren Gesichtspunkte entweder eine Bestätigung der früheren Diagnosen und Kausalzusammenhänge erbringen oder dann zu einer Revision derselben Anlaß geben.

Allgemeine Übersicht

über die von 1935—1954 in der dermatologischen Universitätsklinik Bern behandelten Fälle von generalisierten Erythrodermien. Einteilung vor der Katamnese.

Gruppen	Entlassen		Gestorben		Total
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
I. Erythrodermisierte Dermatosen					
nach Ekzem	7	—	3	1	11
nach Neurodermitis	—	1	1	—	2
nach Psoriasis	3	—	—	—	3
II. Medikamentös-toxische Erythrodermien					
exogen	3	—	—	—	3
endogen	4	5	—	—	9
III. Erythrodermien bei Lymphogranulomatosen					
— Morbus Hodgkin	—	—	1	—	1
— M.H.-Verdacht	2	1	—	—	3
— nicht klassierbar	1	—	—	—	1
IV. Erythrodermien bei Mykosis fungoides	—	—	1	—	1
V. Leukämische Erythrodermien .	—	—	1	—	1
VI. Idiopathische Erythrodermien .	5	—	1	—	6
Total	25	7	8	1	41

B. Katamnestische Erhebungen

I. Gruppe: *Erythrodermisierte Dermatosen*

1. Fall: W.... Emil, geb. 1906 KG Nr. 13004

Klinikbehandlung vom 11. 3.—1. 11. 1938

Hat als Landarbeiter immer in landwirtschaftlichen Betrieben gearbeitet. Das Hautleiden begann anfangs Februar 1938 mit einer Aussaat von kleinen «Bibeli» am unteren Abdomen. Ziemlich rasch Übergang zu diffuser Rötung, Nässen und Bildung von Vesikeln in den Leistenbeugen.

Zeigt bei der Klinikaufnahme ein generalisiertes Ekzem bei gutem Allgemeinzustand. Afebril, Gesicht noch frei. Histologie der Haut 4658: Typisches Ekzem. Unter Temperaturanstieg bis 39° innert einer Woche Entwicklung zur universellen Erythrodermie mit Schwellung der Axillär- und Inguinaldrüsen. Interessanterweise erfolgen im Heilungsstadium noch einige Ekzemschübe im Anschluß an geringfügige fieberhafte Erkrankungen (Spritzenabszeß etc.). Bei der Entlassung noch vereinzelte Follikulitiden der Genitalgegend.

Diagnose: Generalisierte Erythrodermie mit Lymphadenitis nach gen. endogenem Ekzem.

Katamnese: Ohne jegliche Behandlung 3 Wochen später geheilt. Nach 3 Monaten, im Anschluß an eine Grippe wieder Exanthem; «die Haut sei wieder vollständig abgegangen». 1941 Zahnabszeß des Unterkiefers, im Spital B... Rezidiv des Ekzemes bei hohem Fieber. Im Frühling 1941 militärische Impfung gegen Tetanus, Typhus und Parathypus, seither keine Pyodermien mehr. Seit 1944 verheiratet. Frau und 4 Kinder gesund. Noch heute schießt beim geringsten Fieberschub das «Fieberwasser» unter die Haut z. B. bei einer Magenverstimmung. Sonst gesund.

2. Fall: B.... Emile, geb. 1884 KG Nr. 14127
Klinikbehandlung vom 7. 3.—1. 5. 1940

Von Beruf Uhrenmacher, aber seit 1932 meistens arbeitslos. Gelegentlich als Hilfsarbeiter in Feld und Wald tätig. 1935 generalisiertes Ekzem, das ohne stationäre Behandlung abheilt; Genese unklar. Ende November 1939 stellt sich ein Analekzem ein, das allmählich auf den ganzen Körper übergreift. Zuerst im Bezirksspital St....behandelt, dann Aufnahme in die Klinik mit dem Bilde eines generalisierten, schuppenden Exanthemes. Guter Allgemeinzustand, keine Drüsenpakete. Unter indifferenter Behandlung vollständige Genesung.

Diagnose: Universelle Erythrodermie nach gen. squamösem Ekzem

Katamnese: Im November 1940 Rückfall des Analekzemes, als der Mann in einem militärischen Arbeitslager mehrere Monate auf einem Strohlager schlafen mußte. Seit 1941 vollständig hautgesund und auch sonst nie ernsthaft krank gewesen.

3. Fall: W.... Johann, geb. 1857 KG Nr. 14535
Klinikbehandlung vom 8. 4.—1. 7. 1940

War Offiziersbedienter und stellte erstmals 1930 Rötung und Jucken in der

linken Kniekehle fest. Unter Behandlung dann symptomfrei bis Herbst 1939, wo Rötung und Jucken in der rechten Kniekehle auftrat. Ausbreitung auf das Gesäß und die rechte Ellenbeuge (Neurodermitis?). Unter Selbstbehandlung kommt es zur Generalisierung.

Bei der Aufnahme zeigen sich im Capillitium zahlreiche, feine weiße Schuppen vom seborrhoischen Typus; sonst Erscheinung der generalisierten Erythrodermie mit besonders starker Infiltration, Lichenifikation und Schuppung in der Glutäalfalte und in den Kniekehlen. Röntgenbestrahlungen bewirken Abheilung der Hautveränderungen, ohne den Juckreiz zu beeinflussen. Beim Austritt Braunpigmentierung der Haut.

Nebenbefunde: Prostatakarzinom, Lungenemphysem, Myokardschaden mit totaler Arythmie, Seborrhoe.

Diagnose: Generalisierte desquamat. Erythrodermie
nach general. Ekzem

Katamnese: Pat. wurde bei uns kontrolliert und zeigte einen normalen Hautbefund. Wollte keine Behandlung des Prostatakarzinoms. 1942 erfolgte Hospitalisierung wegen Unterschenkelfraktur. Zunahme der Miktionsbeschwerden. Kachexie, übelriechendes Sputum. Ist zu Hause am 29. 5. 1944 an einem Herzschlag gestorben. Keine Sektion.

4. Fall: C.... Gaston, geb. 1886 KG Nr. 14361
Klinikbehandlung vom 22. 5.—9. 8. 1940

Arbeitete jahrelang in Frankreich als Mechaniker und fand nach seiner Rückkehr in die Schweiz eine Stelle als Dreher in einer Metallwarenfabrik. Kontakt mit Seifenlösungen, Öl und Benzin. Im Januar 1940 kam es zu Rötung und Rhagadenbildung am rechten Handrücken, dann Übergreifen auf den ganzen Vorderarm, bis schließlich generalisierte Streuherde auftraten. Bei der Klinikaufnahme war die ganze Körperoberfläche ausnahmslos von einem erythematös-squamösen Hautausschlag befallen. Läppchenprobe mit verunreinigtem Benzin positiv. Unter systematischer Röntgentherapie und lokaler milder Behandlung erfolgte bis zur Entlassung restlose Abheilung.

Nebenbefund: leichter diabetes mellitus.

Diagnose: Generalisierte Erythrodermie
hervorgegangen aus einem exogenen Ekzem

Katamnese: Der Patient konnte seine bisherige Stelle wieder einnehmen, hat aber den Kontakt mit Benzin strikte gemieden. Keine Rezidive seines Hautleidens. 1951 Prostatektomie wegen Prostatahypertrophie. Der

Mann ist am 30. 9. 1953 an einer Sepsis, verursacht durch einen Nackenkarbunkel, gestorben. Sub finem deutliche Verschlimmerung des Diabetes.

5. Fall: B.... Josef, geb. 1886 KG Nr. 22903
Klinikbehandlung vom 16. 4.—14. 6. 1949

Pat. ist Landwirt und leidet seit September 1948 an Pruritus ani. Im März 1949 treten Rötung und Juckreiz am Abdomen und an den Oberschenkelstreckseiten auf. Gesicht und Arme werden sehr rasch befallen und nach einer Woche hausärztlicher Behandlung kommt der Pat. zu uns in die Klinik.

Tinea amiantacea des behaarten Kopfes mit Excoriationen. Sonst Ekzemmorphologie an Hals, Armen, Gesäß und Oberschenkeln. Athletischer, 84 kg schwerer Mann in gutem Allgemeinzustand. Allmählich Übergang in Erythrodermie mit diffuser Rötung und kleienförmiger Schuppung. Mandelgroße Cervical- und Inguinaldrüsen. Probeexzision abgelehnt. Blutbefund: 23 % Eosinophile, Linksverschiebung, Hb 96 %.

Auf ausdrücklichen Wunsch des Pat. wird dieser nur gebessert, mit Kratzeffekten am ganzen Körper und starker Schuppung in den Ellenbeugen, entlassen.

Diagnose: Erythrodermie mit Lymphadenitis
nach general. Ekzem und Pruritus ani

Katamnese: Geht nach der Entlassung zu Dr. ...., wo durch die Medikation eher noch eine Verschlimmerung eintritt. Geht im Frühling 1950 in eine Badekur «mit eisenhaltigem Wasser» und Zusatz von Thiorubrol im Gasthaus zum Bad in .... Angeblich Wendung zum Guten innert 3 Wochen und ist ab März 1950 wieder hergestellt. In der Folge treten am Kopf und an einem Beine wieder kleine Rezidive auf, aber die Badekur verschafft sofort Abhilfe. Sonst keine Erkrankung.

6. Fall: R.... Martha, geb. 1913 KG Nr. 24272
Klinikbehandlung vom 26. 2.—21. 4. 1951

Hat sehr wahrscheinlich ein Säuglingsekzem durchgemacht. Erst mit 20 Jahren wieder Hautveränderungen an den Handgelenken, an den Ellenbeugen und am Hals. Häufung im Frühling und zwischen Herbst und Winter. Weilt seit 2 Jahren in der Schweiz und ist in Polen aufgewachsen. Im Januar und November 1950 treten Ekzemschübe an den Händen auf und das Leiden schreitet trotz spezialärztlicher Behandlung unaufhaltbar bis zur Generalisation weiter.

Beim Eintritt ist das ganze Integument erythematös-squamös verändert. Mäßige Infiltration mit feiner Schuppenbildung, kein Nässen. Axilläre und inguinale Drüsen haselnußgroß. Gewicht 48 kg, schlechter Ernährungszustand. Blutbefund: 13 000 Leukozyten, 29 % Eosinophile. Sternalpunktion: Mark normal zellreich. Epikutane Läppchenproben mit Antistin, Synopen, Pyribenzamin, Thephorin, Phenergan, Calciumsalbe durchwegs ekzematoid reagierend.

Diagnose: Generalisierte exfol. Erythrodermie
nach Neurodermitis generalisata

Katamnese: Die Pat. war Sekretärin einer ausländischen Gesandtschaft und hat die Schweiz am 26. 12. 1952 verlassen. Adresse nicht erhältlich.

7. Fall: W.... Hans, geb. 1914 KG Nr. 19250
Klinikbehandlung vom 26. 7.—10. 11. 1951

Der Pat. ist dienstuntauglich wegen Kropf und Plattfüßen. Er hat als Melker und Fabrikarbeiter gearbeitet, bis er 1950 eine Stelle als Bauhandlanger erhielt. Im Juni 1951 war er Malergehilfe und hatte die Gewohnheit, sich mit Terpentin die Hände zu waschen. Ein erster Ekzemschub an Händen und Vorderarmen heilte, nachdem die Arbeit abgesetzt wurde. Bei Wiederaufnahme der Arbeit kommt es sofort zum Rezidiv und der Pat. wird mit einer akuten Dermatitis der Hände, der Arme und des Halses in die Klinik aufgenommen. In der 2. Woche erfolgt, zeitlich mit der Durchführung von Ekzemproben mit Berufssubstanzen, eine auffällige Verschlimmerung. Umwandlung in exfoliierende Erythrodermie. Unter Lokalbehandlung heilen die Veränderungen restlos ab.

Diagnose: Generalisierte desquamative Erythrodermie
nach akuter Kontaktdermatitis der Hände und Arme

Katamnese: Seit 1951 ist der Pat. vollständig hautgesund, obschon er mit Farben wieder in Berührung gekommen ist. Er hat die Stelle als Malergehilfe aufgegeben und wurde an einen andern Posten versetzt. Keine weitere Erkrankung bekannt.

8. Fall: A.... Jean-Claude, geb. 1935 KG Nr. 24959
Klinikbehandlung vom 27. 7.—6. 12. 1952

Mit 16 Jahren traten die ersten psoriatischen Veränderungen auf dem Haarboden, am Rücken und an den Armen auf. 1952 erfolgte die erste klinische Behandlung bei uns und der junge Mann konnte nach 4 Wochen gebessert entlassen werden. Infolge Schulbesuches wird die Behandlung eines Rezidivs verzögert, bis sich eine ausgedehnte, zusammenfließende Psoriasis

geographica entwickelt hat, die neuerdings eine Hospitalisierung notwendig macht.

Interkurrent kommt es zu einer Thrombophlebitis des linken Unterschenkels. Unter Chrysarobintherapie wohnen wir einer von Fieberschüben bis 39,5° begleiteten Ausbreitung über den ganzen Körper bei. Schüttelfröste, Albuminurie; Blutkulturen immer negativ. Es besteht das schwerste Bild einer nässenden und grob-lamellös schuppenden Erythrodermie während drei Monaten mit ausgeprägter Polyadenitis. Bis zur Entlassung bilden sich die Veränderungen zurück, ohne daß die Psoriasis wieder zum Vorschein gekommen wäre.

Diagnose: Generalisierte exfoliierende Erythrodermie mit Polyadenitis nach Psoriasis geographica.

Katamnese: War dann während eines Jahres hautgesund. Gegenwärtig wieder Psoriasisschübe, die sehr gut auf Cignolinbehandlung ansprechen. Sonst nicht krank gewesen.

9. Fall: B.... Emil, geb. 1885 KG Nr. 25542
Klinikbehandlung vom 12. 11. 1952—7. 3. 1953 und 18. 3. — 3. 7. 1953

Der pensionierte SBB-Angestellte kommt Ende 1952 in unsere Klinikbehandlung mit einem akuten Ekzem der Gesäß- und Genitalgegend und disseminierten Streuherden. Nachdem das Zimmer einmal mit terpentinhaltiger Bodenwichse frisch gewichst wurde, entsteht unter unseren Augen eine Verschlimmerung und Generalisation des Ekzemes. Übergang in Erythrodermie mit Lymphadenitis inguinalis. Blutbefund: 9500 Leukozyten, 25 % Eosinophile. Im Sternalmark: Hyperplasie der roten Zellen. Histologie eines Lymphknotens: Lymphadenitis chronica Pautrier-Woringer mit Perilymphadenitis. Beim Austritt ist die Erythrodermie abgeheilt. Als Restzustand bestehen noch kleinpapulöse Ekzemherde auf der Beugeseite der Beine.

Diagnose: General. Erythrodermie mit réticulose lipo-mélanique nach disseminiertem Ekzem

Katamnese: Zu Hause Ekzem der Beine abgeheilt. Kein Juckreiz mehr. Seither wieder vollkommen gesund.

10. Fall: D.... René, geb. 1915 KG Nr. 20329
Klinikbehandlung vom 22. 2.—6. 11. 1953

Im Alter von 29 Jahren traten die ersten Psoriasisherde am Rücken auf. Das Leiden griff immer weiter, bis wir anläßlich eines ersten Spitalaufent-

haltes die Diagnose einer Psoriasis vulgaris generalisata stellten. Im Februar 1953, nur zwei Monate nach der letzten Behandlung, erscheint der Pat. wieder mit ausgedehnten, landkartenförmigen Psoriasisherden über dem Stamm, am Gesäß sowie an den Streckseiten der Arme und Beine. Allgemeinzustand mittelmäßig, Stimmung depressiv. In der 6. Woche der Behandlung erfolgt unter Cignolintherapie ein generalisierter Schub mit Rötung, Infiltration und kleienförmiger Schuppung, der die Psoriasisherde vollständig überdeckt. Die Erythrodermie dauert 5 Monate und der Hautbefund hat sich bis zur Entlassung normalisiert.

Diagnose: Universelle desquamative Erythrodermie
nach Psoriasis generalisata geographica

Katamnese: Schon zwei Monate später ist die Psoriasis im alten Umfang wieder sichtbar. Seither Zustand stationär, keine interkurrenten Affektionen.

11. Fall: G.... Paul, geb. 1910 KG Nr. 25574
Klinikbehandlung vom 4. 12. 1952—21. 3. 1953

Der Pat. ist von Beruf Handelsreisender und leidet seit 1933 an Psoriasis vulgaris. Beim Eintritt in die Klinik bestehen ausgedehnte psoriatische Veränderungen vom Scheitel bis zur Sohle. Unter Cignolinbehandlung werden die Unterschenkel erosiv, und Chrysarobin bewirkt sofort eine Ekzematisierung der Hände. Innert einer Woche kommt es zur desquamativen Erythrodermie, die während zwei Monaten unvermindert anhält. Bei der Spitalentlassung bestehen noch kleine psoriatische Restherde, die mit Tinct. Arning behandelt werden.

Diagnose: Generalisierte exfoliierende Erythrodermie
aus einer Psoriasis geographica generalisata

Katamnese: Die Psoriasis ist wieder aufgetreten. Der Patient vermeidet die Behandlung mit Ungt. Drew, Cignolin oder Chrysarobin. Wird in der Poliklinik kontrolliert.

II. Gruppe: *Medikamentös-toxische Erythrodermien*

12. Fall: M.... Albert, geb. 1888 KG Nr. 11549
Klinikbehandlung vom 18. 5.—6. 6. 1936

Pat. ist Postangestellter und leidet seit 1916 an Analekzem. Gegen Jucken an den Oberschenkeln nimmt er im Mai 1936 während zwei Tagen 3 × 1 Tablette Diplosal (Boehringer). Am 2. Tage empfindet er Hitze im Kopf und Durstgefühl; anderntags stellt er Rötung am ganzen Körper fest. Es bilden sich im Laufe weniger Tage Papulo-vesikeln an den Oberschenkel-

innenseiten. In die Klinik aufgenommen, wird ihm zur Testung der Überempfindlichkeit 0,5 Diplosal verabreicht. Bereits nach 5 Minuten sehen wir Rötung des Gesichtes, nach einer Stunde Rötung am ganzen Stamm mit heftigem Jucken verbunden. Entwicklung einer trockenen erythematös-squamösen Erythrodermie, die leicht wieder zum Abklingen gebracht werden kann.

Diagnose: Gen. desquamative Erythrodermie nach Diplosal.

Katamnese: Die Hautveränderungen waren 4 Wochen nach der Entlassung aus der Klinik restlos abgeheilt. Seither vollständig hautgesund. Keine weiteren Allergien oder Affektionen.

13. Fall: P.... Rosa, geb. 1898 KG Nr. 12717
Klinikbehandlung vom 18. 10. 1937—30. 4. 1938

Mit 26 Jahren chronische Cervix-Gonorrhoe. Mit 31 Jahren Sehstörungen mit Lichtstarre der Pupillen, WaR +++. 1929 wird eine erste antiluetische Kur mit 16 ccm Casbis durchgeführt. Nach 0,15 Neosalvarsan treten Fieber und Juckreiz an Händen und Füßen auf. Eine Umstellung auf Spirocid ergibt schon nach der ersten Tablette eine erythematöse Reaktion. Die Patientin entzieht sich von 1930—1933 jeder Behandlung. 1934 weitere Kuren mit Solganal B oleosum und Casbis. 1935 Kur mit Bismutinjektionen gut ertragen. Nach einer Injektion Neosalvarsan aber wieder Exanthem, das die Hospitalisation notwendig macht.

Das ganze Integument ist mehr oder weniger erythematös, derb mit diffuser fein- bis groblamellöser Schuppung. Läppchenprobe mit Neosalvarsan positiv. Die Erythrodermie ist praktisch nicht zu beeinflussen und wegen zunehmender Verblödung wird die Patientin in die psychiatrische Klinik verlegt.

Diagnose: General. Erythrodermie nach Neosalvarsan
Progressive Paralyse

Katamnese: Der fein schilfernde Ausschlag besteht bis zum Tode der Pat., der am 12. 4. 1944 nach einem apoplektischen Insult eintritt. Keine Sektion.

14. Fall: G.... Gottlieb, geb. 1903 KG Nr. 13978
Klinikbehandlung vom 1.—14. 3. 1940

Ende Januar 1940 wird der Mann wegen einer Scabies mit dem Präparat Mitigal behandelt. Die Scabies heilt ab, aber es kommt sehr rasch zu einer generalisierten Dermatose. Als der Pat. zu uns kam, war die ganze Körperoberfläche mit Ausnahme des Gesichtes hellrot und schuppte in feinen

weißlichen Lamellen. Inguinale Drüsen erbsengroß, indolent. Auf die Behandlung hin konnte ziemlich rasch eine weitgehende Heilung erzielt werden.

Diagnose: Generalisierte desquamative Erythrodermie
nach Mitigal

Katamnese: Die Erythrodermie ist ganz abgeheilt. Seit 1951 für Ischias in ärztlicher Behandlung. War nie mehr hautkrank.

15. Fall: H.... Karl, geb. 1892 KG Nr. 15263
Klinikbehandlung vom 10. 3.—10. 5. 1941

Im Dezember 1940 wird bei Mann und Frau eine Lues mit positivem Wassermann festgestellt. Der Pat. läßt sich mit der Frau beim Frauenarzt behandeln und erhält Oleo-Bi mit Neosalvarsan. Mitte Februar bildet sich ein juckendes, squamös-erythematöses Exanthem, zuerst an beiden Schläfen und nach einigen Tagen auch an Stamm und Extremitäten. In stationäre Behandlung aufgenommen, finden wir das Bild einer nässenden, stark infiltrierten und schuppenden Dermatose vor, die den ganzen Körper erfaßt hat. Leichte Knöcheloedeme. Unter dem Einfluß der Therapie klingt die Erythrodermie vollständig ab.

Diagnose: Generalisierte Erythrodermie nach Neosalvarsan

Katamnese: Die Luesbehandlung wird unter Vermeidung von Salvarsan beim Privatarzt abgeschlossen. Keine Rezidive. Seither immer gesund gewesen.

16. Fall: E.... Joseph, geb. 1892 KG Nr. 14845
Klinikbehandlung vom 4. 7. 1941—27. 3. 1942

Ein Assistent einer Pflegeanstalt führt beim 48jährigen Handlanger und Landarbeiter eine antiluetische Behandlung durch, weil die Wassermann'sche Reaktion positiv ausgefallen war. Keine weiteren Anhaltspunkte für Lues. Im Laufe von 6 Wochen erhält der Pat. 5,85 g Syntharsan mit Oleo-Bi. Nach der vierten Syntharsanspritze bricht ein papulöses Exanthem aus, die Kur wird aber fortgesetzt. Mit Oedemen des Gesichtes, der Waden und Knöchel wird der Mann bei uns eingewiesen. Die Haut verändert sich zusehends und wird dunkelrot; überall treten Schuppung und Infiltration auf.

Im November 1941 treten im Verlaufe der Abheilung der Erythrodermie am Körper bräunlich-rote, flache Papeln auf, die als Lichen ruber generalisatus imponieren. Dieser tritt bis zur Entlassung immer deutlicher hervor.

Diagnose: Durch Salvarsan provozierter generalisierter
Lichen ruber mit Erythrodermie

Katamnese: Der Patient ist nach dem Kriege nach Frankreich ausgewandert und der Lichen ruber ist noch nicht zur Ruhe gekommen. Der Mann leidet zusätzlich an Gelenkrheumatismus. Sonst ist er nicht krank gewesen.

17. Fall: S... Klara, geb. 1924 KG Nr. 15951
Klinikbehandlung vom 4. 9.—6. 10. 1945

Ende März 1942 wird bei der Fabrikarbeiterin eine Behandlung der Otitis externa in der Ohrenklinik durchgeführt. Nach Applikation von weißer Präcipitat- und Cibazolsalbe entsteht zuerst im Bereiche des li. Ohres, dann am Halse und in der Nackengegend eine akute Dermatitis. Wir finden eine Überempfindlichkeit auf Sublimat und Cibazolsalbe. 1945 verordnet der Hausarzt 4 × ½ Tbl. Cibazol gegen eine akute Angina. Nach zwei Tagen treten Juckreiz, Hitzegefühl, Fieber, Schüttelfrost und generalisierte Rötung auf, die eine Hospitalisation bei uns notwendig machen.
Es kommt zu einem universellen erythemato-squamösen Exanthem mit Haarausfall und Nagelveränderungen. Blutbild: 6000 Leukozyten, 21% Eosinophile, 70% Haemoglobin. Bis zur Entlassung verläuft die Heilung komplikationslos, nur die Haare sind partiell nachgewachsen.
Diagnose: Akute Cibazol-Erythrodermie
Katamnese: Erkrankte 1945 an eitriger Pleuritis.
War 1954 in augenärztlicher Behandlung wegen chronischer Keratitis (scrofulös?), aber die Diagnose einer Tuberkulose konnte nicht bestätigt werden. Die Patientin ist gegenwärtig hautgesund, nur ist sie sehr empfindlich auf Saridon geworden. Sie soll auf Saridon mit hohem Fieber und mit Ekzem reagieren.

18. Fall: K.... Johann, geb. 1867 KG Nr. 17031
Klinikbehandlung vom 15. 7.—16. 8. 1943

Der Mann arbeitet seit 1936 als Heizer in einer Waschanstalt. Berührung mit Kohle, Holz, Schmieröl, Fett und Sigolin. Anfangs Juli 1943 wird er von Brennen und Rötung am unteren Abdomen geplagt, worauf er sich mit einer «Lehmsalbe» zu behandeln versucht. Sehr rasch breitet sich das Leiden auf die ganze Genitalregion und von dort über die Beine aus. Wir sehen ihn einige Tage später mit flach-papulösen Herden von hellroter Tönung und feiner Schuppung über den ganzen Körper zerstreut. Keine Ekzemmorphen. Blutstatus: 7200 Leukozyten, 10,5% Eosinophile, 82% Hb. Epicutane Läppchenproben nur auf Lehmsalbe positiv.
Beim Austritt noch unbedeutende Schuppung am Rücken und an den Unterschenkeln.

Diagnose: Generalisierte Erythrodermie,
exogen durch Lehmsalbe

Katamnese: Sechs Tage nach der Entlassung aus unserer Klinik mußte der Pat. mit einer Pneumonie und Peritonitis ins Bezirksspital B. eingewiesen werden. Bei der Operation waren Appendix, Gallenblase und Magen normal. Das reichlich gelb-grüne Exsudat wurde drainiert und das Abdomen geschlossen.

Diagnose: Bronchopneumonie mit Durchwanderungsperitonitis.

Der Mann ist eine Stunde nach der Operation am 22. 8. 1943 gestorben. Keine Sektion.

19. Fall: P.... Paula, geb. 1914 KG Nr. 20549

Im September 1946 erfolgte Geschlechtsverkehr mit einem ausländischen Soldaten. Im November stellte unsere Poliklinik die Diagnose eines syphilitischen Primäraffektes am introitus vaginae mit disseminierten papulösen Syphiliden am Körper; Wassermann'sche Reaktion positiv.

Nach Abschluß der ersten Syntharsankur (4,6 g) tritt im Januar 1947 ein scarlatiniformes Exanthem auf. Dann wird das Gesicht gedunsen und am ganzen Körper zeigen sich maculo-papulöse Elemente. Unter Fieberanstieg bis zu 40° erfolgt Übergang in eine Erythrodermie. Eosinophile von 45 %. Verlust der Haare und Nagelveränderungen. Entlassung in Heilung und Fortsetzung der antiluetischen Behandlung mit Penicillin und Syntobis.

Diagnose: Generalisierte Salvarsan-Erythrodermie.

Katamnese: Restlose Abheilung der Erythrodermie nach der Entlassung. Kein Salvarsan mehr verabreicht. Wurde 1949 für eine frische Gonorrhoe mit Penicillin behandelt. Jetzt Serologie negativ. Hautbefund normal, keine weiteren Affektionen.

20. Fall: A.... Max, geb. 1908 KG Nr. 22234
Klinkbehandlung vom 1. 6.—6. 9. 1948

Der Patient ist von Beruf Versicherungsbeamter. Im Frühling 1948 entsteht aus unabgeklärten Gründen ein Ekzem beider Hände. Die spezialärztliche Behandlung bringt deutliche Besserung. Auf differente Therapie mit Tinctura Arning jedoch erfolgt eine sehr akute Verschlimmerung, die zur Hospitalisation führt. Es bestehen allgemeine Rötung und Infiltration der Haut mit kleinen, feinen Schuppen. An Händen, Fußrücken und Gesäß finden sich zudem nässende, stark geschwollene Stellen. Epicutane Läppchenproben mit Tinctura Arning und Anthrarobin bewirken ekzematoide Reaktionen.

Diagnose: Generalisierte Erythrodermie
exogen bedingt durch Tinct. Arning
Katamnese: Seit der Entlassung geht es gut. Keine weiteren Erkrankungen.

21. Fall: C.... Betti, geb. 1882 KG Nr. 22770
Klinikbehandlung vom 1. 4.—26. 4. 1949
Die Patientin unternimmt 1949 einen Suicidversuch mit Schlafmitteln und wird deswegen in die psychiatrische Klinik eingewiesen. Therapeutisch erhält sie Elektroschock, Insulin, Medinal und Somnifen. Es entsteht ein Exanthem, das sich innert 2—3 Wochen generalisiert. Sie kommt zu uns mit einem generalisierten kleinpapulösen z. T. konfluierenden Exanthem, das in eine milde Erythrodermie mit feiner Schuppung übergeht. Unter milder Behandlung erzielen wir sofort deutliche Besserung. Blutstatus: 10 800 Leukozyten, 25 % Eosinophile, 93 % Hb. Scarifikationsproben mit Insulin, Medinal und Somnifen ergeben nur Rötung aber keine Quaddelbildung.
Diagnose: Exfoliierende Erythrodermie,
wahrscheinlich durch Hypnotica bedingt.
Katamnese: Hat keine Hautkrankheiten mehr durchgemacht. Wegen Altersparanoid mußte sie wiederholt in psychiatrischen Anstalten mit Elektroschock und Largactil behandelt werden. Die Patientin weilt gegenwärtig in einem Altersheim; sie leidet an Gelenkrheumatismus und Herzdekompensation.

22. Fall: H.... Rosmarie, geb. 1927 KG Nr. 22889
Klinikbehandlung vom 9. 5.—1. 6. 1949
Die Tochter wird Mitte Januar 1949 mit einer miliaren Lungentuberkulose bei Primoinfektion ins Inselspital eingewiesen. Sie erhält 12 g Dihydrostreptomycin und 340 g PAS. Am 29. 4. 49 werden zusätzlich 2 × 0,3 Pyramidon gegen die hohe abendliche Temperatur verabreicht. Am nächsten Tag entwickelt sich ein scarlatiniformes Exanthem am Hals mit starkem Juckreiz; Pyramidon sofort abgestellt. Drei Tage später ist das Exanthem generalisiert und sämtliche Medikamente außer Aspirin, Valeriana und Wickel werden abgesetzt.
Nach Verlegung zu uns, finden wir eine diffuse hyperthermische, kleinfleckig erythematöse Haut; das Gesicht ist geschwollen, leicht ekzematisiert aber nicht nässend. Später tritt disseminierte Exfoliation auf. Scarificationsproben auf Streptomycin, Pyramidon, Aminacyl, Aspirin und Somnifen

negativ. Nach geringer Besserung verläßt die Patientin auf Wunsch der Eltern die Klinik.

Diagnose: Medikamentöse Erythrodermie bei
miliarer Lungentuberkulose.

Katamnese: Da die Eltern über die Spitalbehandlung und über die Ärzte im allgemeinen erbost waren, haben sie die Tochter nach Hause genommen. Dort rapide Verschlimmerung mit Albuminurie, Anurie und letaler Ausgang am 16. 7. 1949.

23. Fall: B.... Ernst, geb. 1888 KG Nr. 24156
Klinikbehandlung vom 14. 12. 1950—17. 2. 1951

Infolge Atem- und Herzbeschwerden wurde der Pat. im April 1950 mit Digitaline Nativelle behandelt, worauf papulo-maculöse Effloreszenzen an Armen und Brust auftraten. Trotzdem die Tropfen nicht mehr eingenommen wurden, griffen die Hautveränderungen auf Leistenbeugen und Gesäß über.

In unserer stationären Behandlung erhält der Pat. u. a. 3 × 2 Tbl. Prontosil rubrum gegen rezidivierende Analrhagaden. Am nächsten Tage ist er benommen, hat 38° Temperatur und empfindet Brechreiz. Hals und Genitalgegend sind hochrot, nässend; das Gesicht ist oedematös verändert. Am vierten Tage werden Blutstühle als Ausdruck einer haemorrhagischen Diathese beobachtet und gleichzeitig verändert sich die Haut im Sinne einer Dermatitis exfoliativa.

Scarificationsproben mit Digitaline Nativelle, Prontosil rubrum etc. sind durchwegs negativ ausgefallen.

Bis zur Entlassung hat sich die Erythrodermie deutlich gebessert.

Diagnose: Generalisierte Erythrodermie
medikamentös bedingt.

Katamnese: Die Erythrodermie benötigte noch 6 Monate bis zur völligen Abheilung. Im April 1953 verordnete der Hausarzt 5 Tabletten Elkosin gegen eine akute Otitis. Bereits am nächsten Tage traten eine Darmblutung und ein generalisiertes Ekzem auf. Dieser Schub benötigte ca. 3 Monate bis zur völligen Abheilung. Sonst ist der Mann bis heute gesund geblieben.

III. Gruppe: *Erythrodermien bei Lymphogranulomatosen*

24. Fall: F.... Fritz, geb. 1865 KG Nr. 15411
Klinikbehandlung vom 17. 7. —12. 8. 1941

Der als Kaufmann tätige Patient leidet seit 1938 an Herzasthma. Sein Hautleiden begann im Mai 1941 mit Rötung der Schultern, der Brust, nach

und nach der Arme und Oberschenkel. Nachts in der Bettwärme wurde er von heftigem Pruritus geplagt. Bei der Aufnahme in die Klinik fanden wir ein diffuses Erythem mit tiefen Kratzspuren auf den Streckseiten der Vorderarme. Die Schuppung war an den Beinen am stärksten; es bestanden Knöcheloedeme und generalisierte, derbe, dolente Drüsenschwellungen. Thoraxdurchleuchtung: Hilusvergrößerungen, Aortensklerose, bronchopneumonische Infiltrate links basal; kleiner Sinuserguß rechts. Blutbild: 4,4 Mill. Erythrocyten, 86% Hb., 16 400 Leukocyten, 64,5% Neutrophile, 0% Basophile, 17% Eosinophile, 2% Monocyten, 16% Lymphocyten, 0,5% Plasmazellen. Senkungsgeschwindigkeit 8/22 mm. Pirquet, Moro, Mantoux 1:1000 negativ. Histologie eines inguinalen Lymphknotens: Chronische Entzündung und Haemosiderose einer inguinalen Lymphdrüse, keine sicheren Sternberg'schen Riesenzellen, Verdacht auf Lymphogranuloma Hodgkin. Arsylen und Thiorubrolbäder brachten den Juckreiz und die Hautveränderungen zum Abklingen.

Diagnose: Generalisierte Erythrodermie mit Lymphadenitis
Verdacht auf Lymphogranuloma Hodgkin.

Katamnese: Ziemlich rasch Rezidive der Dermatitis und des Juckreizes. Während einer Badekur in der Lenk erlebte der Patient Linderung seines Hautleidens. Zeitweise durfte er wieder unter die Leute gehen. Bereits 1941 und 1942 wieder in Spitalbehandlung in S. wegen Schuppung und Nässen. 1950 wird der Pat. mit Verdacht auf Beckenfraktur ins Kantonsspital von S. eingewiesen. Dortige Untersuchungen: Temperatur 36—37,8°, Senkungsgeschwindigkeit 5/7 mm, Hb. 85%, 4,5 Mill. Erythrocyten, 9600 Leukocyten, 75% Neutrophile, 2% Eosinophile, 7% Monocyten, 16% Lymphocyten.

Der Mann ist dort am 30. 8. 1950 an «Alterskachexie» gestorben. Keine Sektion, da auf Privatabteilung.

25. Fall: D.... Adèle, geb. 1908 KG Nr. 15528
Klinikbehandlung vom 29. 7.—17. 10. 1941

Die Pat. arbeitete als Serviertochter und bemerkte erstmals im Juni 1941 eine juckende Rötung des Halses, die sie dem Einfluß der Sonne zuschrieb. Auf Behandlung mit Calciumsalbe und Thiocalciominjektionen soll sie mit einem Nesselfieber geantwortet haben. Als sich in den Axillen und den Ellenbeugen grobe Schuppung zeigte, erfolgte die Einweisung auf die Abteilung. Im Laufe einer Woche ergriff das Erythem den ganzen Körper und die Haut schuppte fein- bis groblamellär. Gesicht inkl. Lider geschwollen; Drüsenpakete an Kieferwinkeln, axillär und inguinal. Intensiver Pruritus.

Blutstatus: 4,3 Mill. Erythrocyten, 100 % Hb., 13 200 Leukocyten, 8,5 % Neutr. stabk., 51 % Neutr. segmentk., 10 % Eosinophile, 2 % Basophile, 3 % Monocyten, 25 % Lymphocyten, 0.5 % Plasmazellen.
Thoraxdurchleuchtung: normaler Befund. Histologie einer inguinalen Lymphdrüse. Keine Sternberg'schen Riesenzellen. Verdacht auf Lymphogranuloma Hodgkin.
Unter Arsylentherapie und Röntgenbestrahlungen beider Axillen gingen die Hautveränderungen zurück, nicht aber der Juckreiz.
Diagnose: Generalisierte Erythrodermie mit Lymphadenitis
Verdacht auf Lymphogranuloma Hodgkin.
Katamnese: Die Pat. kam am 20. 9. 1954 zur Nachkontrolle. Blühendes Aussehen, weder in den Axillen noch inguinal sind Drüsen palpierbar. Thoraxdurchleuchtung normal. Hautbefund absolut normal, kein Juckreiz mehr.
1947 Quink'sches Oedem nach Genuß von Früchten. Befolgt eine fettarme, früchtefreie Diät und ist seither immer gesund gewesen.

26. Fall: A.... Robert, geb. 1862 KG Nr. 17066
Klinikbehandlung vom 3. 5.—30. 8. 1943
Der 81jährige Pat. macht bei der Aufnahme nur ungenaue Angaben. Die Hautveränderungen seien im Januar 1943 mit Rötung und Juckreiz der Kniekehlen und Axillen aufgetreten. Die ganze Körperoberfläche ist von teils fleckförmiger und teils diffuser Rötung bedeckt. Starke Infiltration am Abdomen und Lichenifikation auf den Oberschenkelinnenseiten. Am Gesäß ist die Haut fast lederig, faltenreich. Schuppung ziemlich fein, weißlich, überall vorhanden. Kachektischer nur 41 kg wiegender Mann mit bohnengroßen, verschieblichen Drüsenschwellungen axillär, cubital und inguinal.
Blutstatus: 4,3 Mill. Erythrocyten, 88 % Hb., 6700 Leukocyten, 72 % Neutrophile, 10 % Eosinophile, 7.5 % Monocyten, 0 % Basophile, 10,5 % Lymphocyten. Sternalmark: Vorherrschen der Eosinophilen in den verschiedenen Reifungsstadien.
Thoraxdurchleuchtung: Emphysen. Aortensklerose. Kyphoskoliose. Histologie eines axillären Lymphknotens: Lymphogranulomatose unbekannter Genese eines axillären Lymphknotens; keine Sternberg'schen Riesenzellen.
Auf eine Kur mit Arsylen und Schwefelbädern hört der Juckreiz auf, aber die Hautveränderungen bleiben unbeeinflußt.
Diagnose: Generalisierte Erythrodermie mit Lymphadenitis
Lymphogranulom unbekannter Aetiologie.

Katamnese: 1949 wurde im Bezirksspital B. ein ausgedehntes, inoperables Dickdarmkarzinom der Gegend des Colon transversum und der Flexura hepatica diagnostiziert.
Hautbefund: Haut geblich, aton, trocken, an Händen atrophisch mit Pigmentflecken. Der Pat. ist am 22. 6. 1950 an einer unstillbaren Darmblutung gestorben. Keine Sektion.

27. Fall: Sch.... Fritz, 1896 KG Nr. 22715
Klinikbehandlung vom 27. 12. 1948—2. 3. 1949
Im Sommer 1948 beginnen die Hautveränderungen mit Jucken und Rötung zuerst an der linken, dann an der rechten Hand. Übergang der leicht erhabenen, fleckförmigen Rötung auf Vorderarme, Stamm und untere Extremitäten im Dezember 1948. Allmählich Verdickung der Haut, Schuppung am ganzen Körper. Im Zeitpunkt der Aufnahme ist das ganze Integument erythemato-squamös verändert mit starkem Pruritus. Von den Inguinalfalten nach distal sind die Effloreszenzen maculös und konfluieren an den Außenseiten der Oberschenkel zu roten Plaques. Klassische Lymphdrüsenstationen sind vergrößert. Histologie eines axillären Lymphknotens: Verdacht auf Lymphogranuloma Hodgkin, doch fehlen die typischen Sternberg'schen Riesenzellen. Blutstatus: 4,2 Mill. Erythrocyten, 78 % Hb., 9000 Leukocyten, 21 % stabk. Neutrophile, 41 % segmentk. Neutrophile, 12 % Eosinophile, 1,5 % Basophile, 6,5 % Monocyten, 18 % Lymphocyten. Behandlung mit Arsylen und Röntgenbestrahlungen der Drüsenstationen, dann Verlegung ins Bürgerspital S.
Diagnose: Generalisierte Erythrodermie mit Lymphadenitis
Lymphogranuloma Hodgkin ?
Katamnese: Pat. ist am 17. 3. 1949 gestorben. Die Sektion durch das pathologische Institut A. ergab ein Lymphogranuloma Hodgkin der Hilus- und Bifurcationsdrüsen, des Kehlkopfes und der Milz.

VI. Gruppe: *Idiopathische Erythrodermien*

28. Fall: F.... Peter, geb. 1859 KG Nr. 12989
Klinikbehandlung vom 8. 9.—29. 10. 1938
Der alte Mann war früher von Beruf Schnitzler. Er weiß von seinem Hautleiden nur zu berichten, daß dieses im Mai 1938 nach einer Erkältung begonnen habe.
Eintrittstatus: Erythrodermieartiges Exanthem am ganzen Körper, wobei die Schuppenbildung hauptsächlich an den Armen und im Gesicht ausgeprägt ist. Überall tiefe Infiltration mit Kratzeffekten. Blutstatus: 87 %

Hb., 8600 Leukocyten, Stabk. Neutr. 0%, segmentk. Neutr. 44%, Basophile 1%, Eosinophile 23%, Monocyten 7,5%, Lymphocyten 24,5%. Senkungsgeschw. 20/45 mm. Wassermann negativ. Keine Histologie der axillären und inguinalen Drüsenschwellungen. Die Erythrodermie heilt mit indifferenter Behandlung in sieben Wochen ab.

Diagnose: Generalisierte Erythrodermie mit Lymphadenitis idiopathische Form

Katamnese: Der Pat. hat kürzlich in guter Gesundheit seinen 95. Geburtstag gefeiert, teilt uns sein Hausarzt mit.

Im April 1950 erfolgte eine schwere interne Oesophagus- oder Magenblutung. In der Rekonvaleszenz habe der Pat. nach Injektionen von Ferrum-Hausmann einen Schub von allgemeiner Erythrodermie? durchgemacht, der innert 10 Tagen wieder abgeklungen sei. Seither, außer Herzdekompensation, ordentliches Befinden.

29. Fall: V.... Edmond, geb. 1885 KG Nr. 15052
Klinikbehandlung vom 13. 3.—18. 11. 1940

Im Januar 1940 zeigen sich am rechten Unterschenkel und am Gesäß nässende und juckende Veränderungen. Der Arzt verordnet eine Resorcin-Schwefel-Teersalbe ohne Erfolg. Im Laufe einiger Wochen werden das Scrotum und die Oberschenkel erfaßt und zeigen zahlreiche, konfluierende, zackige, polymorphe Herde von hell-roter Farbe, leicht erhaben und schuppend.

In der Klinik im Laufe eines Monates erfolgt Umwandlung in diffuse kleienförmige Schuppung und Rötung. Dazu kommen Drüsenschwellungen in den Leistenbeugen. Trotz Röntgenbestrahlungen und interner roborierender Behandlung bleibt die Erythrodermie bis zur Entlassung wenig beeinflußt. Jeden Tag läßt sich eine ganze Schaufel voll groblamellärer Schuppen entfernen. Keine Histologie!

Diagnose: Idiopathische generalisierte Erythrodermie.

Katamnese: Vom Hausarzt soll milchfreie Diät verordnet worden sein, worauf die Hautveränderungen innert kurzer Zeit verschwunden seien. Bei einem späteren Versuch mit Milchprodukten trat sofort ein ähnliches Rezidiv auf. Der Mann ist am 15. 2. 1942 an Wassersucht gestorben. Keine Sektion.

30. Fall: L.... Wilhelm, geb. 1881 KG Nr. 16226
Klinikbehandlung vom 18. 6.—13. 10. 1942

Während der Patient als Bauarbeiter an der Sustenstraße arbeitete, traten an der rechten Ellenbeuge, den Unterschenkeln, über der Kreuzgegend

und am Kopfe erythematöse Flecken auf. Der Werkarzt ließ darauf den Mann ohne vorherige Behandlung hospitalisieren. Im Eintrittsbefund werden zudem auf Brust und Rücken unscharf begrenzte, zackige, blaßrote Flecken beschrieben. Haut trocken, überall mit silbriger pityriasiformer Schuppung, stellenweise collerette-artig. Thoraxorgane durchleuchtungsmäßig normal. Senkungsgeschwindigkeit 6/15 mm, Blutstatus: 5,0 Mill. Erythrocyten, 105% Hb., 5600 Leukocyten mit normaler Verteilung. Sternalmark: Geringe Erhöhung der Makroblasten. Histologie eines inguinalen Lymphknotens: Chronische Lymphadenitis und Periadenitis. Unter Arsylenmedikation Linderung des Pruritus, die roten Infiltrate nehmen eine blaue Farbe an und sind bei der Entlassung nur noch an den Beinen sichtbar.

Diagnose: Idiopathische Erythrodermie mit
chronischer Lymphadenitis

Katamnese: War ab 1942 wieder vollständig hautgesund. Kleiner Herzkollaps, anläßlich eines Spazierganges, veranlaßte 1952 eine kurze Hospitalisierung. Im EKG Myokardschaden. Blutbild normal. Seither immer gesund.

31. Fall: K.... Alfred, geb. 1884 KG Nr. 18965
Klinikbehandlung vom 3. 7. 1944—21. 4. 1945

Der Pat. ist im Sommer Bauhandlanger und im Winter Waldarbeiter. Zu Beginn des Frühlings 1944 zeigte sich kurz unterhalb beider Knie ein nässender Ausschlag, der im April schon auf beide Beine und die Arme übergegriffen hatte. Trotz ärztlicher Behandlungsversuche schritt das Leiden weiter und führte den Pat. zu uns. Eintrittsstatus: Schlechter Allgemeinzustand, Lippencyanose, Orthopnoe, kardial dekompensiert, Knöchelödeme. RR 170/100. Seborrhoische Alopecie mit diffuser Infiltration und mäßiger Schuppung des Kopfes. An Rumpf, Oberarmen und Oberschenkeln mäßiges Erythem mit feiner, weißlicher Schuppung. An Vorderarmen und Unterschenkeln tiefere Infiltration, Lichenifikation mit Kratzspuren; hier gröbere Desquamation.

Thoraxdurchleuchtung: Befund normal, Grundumsatz +60%.

Blutstatus: 4,5 Mill. Erythrocyten, 85% Hb., 10 200 Leukocyten, 9% stabk. Neutr., 46% segmentk. Neutr., 20% Eosinophile, 18% Lymphocyten. Takata und Galactoseprobe positiv.

Histologie eines inguinalen Lymphknotens: Granulierende Entzündung. Unbedeutend gebessert nach Hause entlassen.

Diagnose: Idiopathische Erythrodermie
Myokard- und Leberschaden.

Katamnese: Der Pat. ist vier Wochen später, am 19. 5. 1945, zu Hause an einem Herzschlag gestorben. Die Erythrodermie hat bis zum Tode gedauert. Keine Sektion.

32. Fall: L.... Johann, geb. 1889 KG Nr. 18636

Klinikbehandlung vom 11. 9. 1944—12. 1. 1945

Der Mann habe seit Jahren ? starke Schuppung und Krusten an den Kniekehlen und Ellenbogen. Anfangs September 1944 habe er ein Vollbad genommen und sich mit der gewohnten Seife gewaschen. Am nächsten Tage seien Kopf, Hände und Füße geschwollen gewesen. Status beim Eintritt: Ganzer Körper inkl. Kopf deutlich gerötet. Beide Unterschenkel erosiv und nässend, übrige Haut sehr trocken, stark infiltriert, Felderung vergröbert, grob-lamellär schuppend. Allgemeiner Befund normal. Blutstatus: 80 % Haemoglobin, 11 200 Leukocyten, 9,5 % Eosinophile. Blutsenkung 20/52 mm, Grundumsatz +38 %.

Epicutane Läppchenprobe durchwegs negativ.

Restlose Abheilung unter indifferenter Lokalbehandlung.

Diagnose: Generalisierte idiopathische Erythrodermie.

Katamnese: Seit 1945 keine Hauterkrankung mehr durchgemacht. Auch sonst immer gesund.

Diskussion der Untersuchungsergebnisse

Bei so zahlreichen Patientenbeobachtungen soll aus Gründen der Übersicht versucht werden, zuerst eine Diskussion der katamnestischen Daten im Rahmen der einzelnen pathogenetischen Gruppen durchzuführen. Die allgemeinen Schlußfolgerungen werden später, ähnlich der Ausgangssituation, in einem geeigneten Übersichtsschema festgehalten werden.

I. Gruppe

Zahl der erythrodermisierten Dermatosen: 11

Katamnestisch erfaßte Fälle: 10

Postekzematöse Erythrodermien: 7

In drei Fällen wurden Rezidive des Ekzemes gemeldet (1, 2, 5)

1. Fall: Speziell interessant, da unsere Beobachtung eines endogenen Ekzemes durch fieberhafte Infekte bei ähnlichen Rückfällen bestätigt wurde.
2. Fall: Wieder Analekzem sechs Monate später. Seit vierzehn Jahren erscheinungsfrei.
5. Fall: Mit ungeheilter Erythrodermie entlassen. War ein Jahr später geheilt. Flüchtige Ekzemschübe. Bereits fünf Jahre hautgesund.

Psoriatische Erythrodermien: 3

Hier auffallenderweise immer aus einer Psoriasis geographica generalisata heraus. Frische Psoriasisschübe in allen drei Fällen nach ½—1 Jahre (8, 10, 11).

Definitiv geheilte Patienten: 2

7. Fall: Seit vier Jahren vollständig gesund.

9. Fall: Haut seit 1½ Jahre wieder normal.

Inzwischen verstorbene Patienten: 2

3. Fall: War noch vier Jahre hautgesund. Als Todesursache Prostatakarzinom und Herzinsuffizienz.

4. Fall: War noch dreizehn Jahre ohne Hautleiden. Durch Komplikation eines Diabetes mellitus gestorben.

Beurteilung: In sechs Fällen einer früheren erythrodermisierten Dermatose wurden Rezidive von Ekzemen und Psoriasis beobachtet. Bei vier weiteren Patienten bestehen jetzt Beobachtungszeiten von 1½—13 Jahren, ohne daß neue Hauterscheinungen hinzugekommen wären. Wir glauben deshalb annehmen zu dürfen, daß die klinischen Beobachtungen bei zehn kontrollierten Patienten durch unsere Untersuchungen eine Bestätigung erfahren haben.

II. Gruppe

Zahl der medikamentös-toxischen Erythrodermien: 12

Katamnestisch erfaßte Fälle: 12

Exogen bedingte Erythrodermien: 3

Überhaupt keine allergischen Manifestationen mehr bei zwei seit mehreren Jahren überlebenden Patienten (14, 20).

Endogen bedingte Erythrodermien: 9

Zwei Beobachtungen sind besonders interessant, da eine bestehende individuelle Überempfindlichkeit auf Sulfamide im Laufe der Jahre auf weitere Pharmaka erweitert wurde:

17. Fall: Überempfindlichkeit auf Quecksilber und Cibazol durch eine solche auf Saridon ergänzt.

23. Fall: Nach 2 Jahren trat zur Sensibilität auf Prontosil rubrum noch eine solche auf Elkosin hinzu.

Ein Grenzfall mit der I. Gruppe verdient Erwähnung:

16. Fall: Wurde irrtümlicherweise als Lues behandelt. Syntharsankur bewirkt general. Lichen ruber, der nach 13 Jahren noch anhält.

Definitiv geheilte Patienten: 6

12. Fall: Jetzt schon neunzehn Jahre gesund.

14. Fall: Seit vierzehn Jahren erscheinungsfrei.
15. Fall: Schon dreizehn Jahre gesund.
19. Fall: Schon sieben Jahre gesund.
20. Fall: Seit sieben Jahren gesund.
21. Fall: Seit sechs Jahren hautgesund.

Inzwischen verstorbene Patienten: 3

13. Fall: Salvarsanerythrodermie hat acht Jahre bis zum Tode gedauert. Als Todesursache Apoplexie bei progressiver Paralyse.
18. Fall: In Heilung entlassen. Sechs Tage später an Bronchopneumonie und Peritonitis gestorben.
22. Fall: Erythrodermie bis zum Tode an Miliartuberkulose.

Beurteilung: Von neun lebenden Patienten sind sechs nach einer Beobachtungszeit von 6—19 Jahren nicht mehr erkrankt. Zwei davon haben ihre medikamentöse, endogene Allergie noch erweitert. Drei Patienten sind gestorben; eine Revision der früheren Diagnose drängt sich nicht auf. Wir glauben, daß die Gruppendiagnose dieser zwölf Fälle zutreffend war.

III. Gruppe

Zahl der Lymphogranulomatosen: 4
Katamnestisch erfaßte Fälle: 4

Noch lebende Patienten: 1

25. Fall: Bei der Entlassung vor vierzehn Jahren noch Pruritus. Leidet heute an Kälte- und Früchteurticaria; sonst vollständig normaler Untersuchungsstatus.

Inzwischen verstorbene Patienten: 3

24. Fall: 76jähriger Mann auf Lymphogranuloma Hodgkin verdächtig. An allmählicher Kachexie neun Jahre später mit der Erythrodermie gestorben.
26. Fall: General. Erythrodermie bei 81jährigem Manne abgeheilt. Lymphogranulomatose unbekannter Aetiologie. Sieben Jahre später an inoperablem Dickdarmkarzinom gestorben.
27. Fall: Universelle Erythrodermie bis zum Tode bei 55jährigem Manne. Foudroyanter Verlauf innert vier Monaten. Lymphogranuloma Hodgkin durch die Sektion bestätigt.

Beurteilung: Die nach vierzehn Jahren noch überlebende, heute 46jährige Patientin befindet sich klinisch in guter Gesundheit; es ist anzunehmen, daß der geäußerte Verdacht nicht berechtigt war (25).

Die histologischen Präparate von Fall 24, die progressive Kachexie mit Begleiterythrodermie bis zum Tode nach neun Jahren lassen den Verdacht

weiterbestehen. *Heilmeyer* gibt die durchschnittliche Lebensdauer der Lymphogranulomatosis Hodgkin mit drei bis vier Jahren an, doch sollen ca. 8 % sogar das 10. Jahr erreichen. Dem ante exitum angefertigten Blutbilde möchten wir keine beweiskräftige Bedeutung beimessen. Fall 26 muß nach unserer Auffassung zu den idiopathischen Formen gezählt werden, da erwiesen sein dürfte, daß der Patient nicht an den Folgen der unbekannten Lymphogranulomatose sondern vielmehr am Colonkarzinom gestorben ist.

In dieser kleinen Gruppe hat die Sektion unsere Vermutung in einem Falle bestätigt (27). Zwei Fälle müssen in die Gruppe der idiopathischen Erythrodermien untergebracht werden (25, 26). Ein letzter Fall muß weiter als verdächtig gelten (24).

VI. Gruppe

Zahl der idiopathischen Erythrodermien: 5

Katamnestisch erfaßte Fälle: 5

Geheilte Patienten: 3

28. Fall: Die Erythrodermie ist beim 95jährigen Patienten schon vor sechszehn Jahren abgeheilt. Inzwischen vor fünf Jahren Toxicodermie ? auf Ferrum Hausmann.

30. Fall: Der heute 73jährige Patient ist seit dreizehn Jahren hautgesund. Hinzugekommen ist ein Myokardschaden; Blutbild vor drei Jahren o. B.

32. Fall: 66jähriger Mann, der seit 10 Jahren absolut gesund ist.

Inzwischen verstorbene Patienten: 2

29. Fall: Wurde 55jährig mit der Erythrodermie entlassen. Eventuell alimentäre mit Magen- oder Darmleiden zusammenhängende Dermatose. Nach zwei Jahren an «Wassersucht» gestorben.

31. Fall: Ist vier Wochen nach Spitalaustritt an «Herzschlag» gestorben. Erythrodermie hat bis zum Tode gedauert. Hatte einen Leber- und Myokardschaden.

Beurteilung: Drei Patienten sind nach Beobachtungszeiten von zehn bis sechszehn Jahren noch am Leben und weisen keine Hauterscheinungen auf. Bei Fall 28 könnte die inzwischen beobachtete medikamentöse Allergie für einen ähnlichen Vorgang in der Entstehung der Erythrodermie sprechen. Die Vorgeschichte verhält sich aber in dieser Beziehung durchaus stumm. Die katamnestischen Erhebungen vermögen nichts entscheidendes zur weiteren Abklärung beizutragen (30, 32).

Bei den verstorbenen Patienten deuten die Untersuchungen auf eine alimentär-endogene Beteiligung (29) und auf kardial bedingte Zirkulationsstörungen (31) hin. Sichere Anhaltspunkte liegen aber in keinem einzigen Falle vor, ob die betreffenden Affektionen mit der durchgemachten exfol. Erythrodermie tatsächlich in Kausalbeziehung gebracht werden dürfen.
Im Prinzip haben die idiopathischen Erythrodermien durch die katamnestischen Untersuchungen keine weitere Abklärung erfahren können. Die Fälle dieser Gruppe bleiben somit vorläufig unabgeklärt.
Die Schlußfolgerungen unserer Untersuchungen lassen sich schematisch wie folgt darstellen:

Gruppen	*Vor* Katamnese	*Nach* Katamnese	Gestorben
I. Erythrodermisierte Dermatosen			
nach Ekzem	7	7	2
nach Neurodermitis	1	?	—
nach Psoriasis	3	3	—
II. Medikamentös-toxische Erythrodermien			
exogen	3	3	1
endogen	9	9	2
III. Erythrodermien bei Lymphogranulomatosen			
— Morbus Hodgkin	—	1	1
M.H.-Verdacht	3	1	1
— nicht klassierbar	1	—	—
IV. Erythrodermien bei Mykosis fungoides	—	—	—
V. Leukämische Erythrodermien	—	—	—
VI. Idiopathische Erythrodermien	5	7	3
Total	32	31	10

Schlußfolgerungen

Bei 31 katamnestisch kontrollierten Patienten mit exfoliierenden Erythrodermien der Berner dermatologischen Klinik dürften die im Zeitpunkt der Klinikbehandlung gestellten Diagnosen in 28 Fällen zutreffen. Es sind keine diagnostischen «Überraschungen» zu verzeichnen; insbesondere sind keine Fälle von Brill-Symmers'scher Krankheit gefunden worden, wie auf Grund des Hinweises von *Rost* zu erwarten gewesen wäre. In den Gruppen der erythrodermisierten Dermatosen und der medikamentös-toxischen Erythrodermien ist uns die häufige Beteiligung iatrogener Faktoren aufgefallen. Bei Behandlung von ausgedehnten Dermatosen mit Externa

mahnt diese Tatsache zu besonderer Vorsicht. Zwei Fälle mußten neu zu den aetiologisch unbekannten Erythrodermien gerechnet werden, wodurch ihre Zahl noch erhöht wurde. Trotzdem stehen wir mit 19 % idiopathischer Formen wesentlich unter dem von *Beck* angegebenen Durchschnitt.

Zum Schluß möchten wir erwähnen, daß ähnlich den Beobachtungen von *Jarret* und *Kellett* auch in unserem Krankengut die männlichen Patienten mit 81 % sehr deutlich überwiegen.

Literaturverzeichnis

v. Albertini, A. Rüttner, J. R.: Dtsch. med. Wschr. *27* (1950).

Bateman, Th.: A practical synopsis of cutaneous diseases, according to the arrangement of Dr. Willian, London 1819, fifth edition.

Beck, C. H.: Dermatologica *97*, 298 (1948).

Besnier, E.; Doyon, A.: Pathologie et traitement des maladies de la peau. Leçons par le Prof. M. Kaposi, IIe édition, Paris 1891.

Brill, N. E., Baehr, G., Rosenthal, N.: J. amer. med. Assoc. *84* (1925) 668.

Brocq, L.: Etude critique et clinique sur la dermatite exfoliatr. général. ou mieux maladie d'Erasmus Wilson. Paris 1883.

ders.: Etude critique et clinique sur le Pityriasis rubra. Archives générales de Médecine, Paris 1884.

Darier, J.: Précis de dermatologie, 4ème édit. 1928.

Devergie, A.: Traité pratique des maladies de la peau, Paris 1857.

Gibert, C. H.: Traité pratique des maladies de la peau et de la Syphilis, Paris 1860.

Gougerot, H., A. Varay et *O. Eliascheff:* Arch. dermato-syphiligr. Hôp. St. Louis, *11*, 260 (1939).

de Graciansky, P., St. Boulle et *J. P. Hardouin:* Annales de Dermat. *79*, 429 (1952).

Hebra, F.: In Virchow's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, 1862.

ders.: zit. bei Jadassohn.

Heilmeyer, L.: Handbuch der inneren Medizin, 4. Aufl., II. Bd. 663.

Jadassohn, J.: Arch. f. Dermat. XXIII Jahrg. 941 (1891).

Jarret, A., Kellet, H. S.: Brit. J. Dermat. *63*, 343 (1951).

Keller, Ph., Staemmler, M.: Hautarzt *3*, 101 (1952).

Lutz, A.: Dermatologica *93*, 113 (1946).

Pautrier, L.-M., Woringer, Fr.: Bull. soc. Franç. Derm. Syph. 947 (1932).

Pautrier, L.-M., Woringer, Fr.: Ann. Dermat. et Syph. *8*, 257 (1937).

Rayer: Traité théorique et pratique des maladies de la peau, Paris 1835.

Rost, G. A.: Arch. f. Dermat. *187*, 331 (1948).

Symmers, D.: Arch. of Pathol. *3* (1927) 816.

ders.: Arch. of Pathol. *26* (1938) 603.

Vidal: Dermatite exfoliatrice général. — Bull. et Mémoires de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, *256* (1874).

Willan: siehe bei Bateman.

Wilson: Dermatitis exfol. (Med. Times and Gaz. 1870), zit. bei Jadassohn.

Woodbury: J. amer. med. Assoc. XII/1, *81* (1889).